

松 本 由 美 提 出

博士學位申請論文審査要旨

論 文 題 目

フランスの医療保障システムの歴史的変容

Ⅰ 本論文の主旨および構成

1. 本論文の主旨

医療保障は、一般的に、医療機関が患者に適切な医療サービスを行う医療供給体制と、患者が必要な医療を受診できるようにするための経済的な保障制度という2つの領域を有している。本論文の「医療保障システム」という語は、これら2つの領域を一体的に捉える概念を意味している。本論文は、フランスにおける医療保障システムの歴史的な展開過程をたどり、それを踏まえて今日の医療保障システムについて考察を行ったものである。

今日、フランスでは普遍的で公平性を重視する医療保障システムのもとで、計画的に整備された医療供給体制と全人口に適用される医療保険とを通じて医療へのアクセスが保障されている。これは直接的には、第二次世界大戦後に展開された「医療需要に適応した医療供給」と「医療保険の一般化」の実現に向けた継続的な政策努力の結果であり、とりわけ1990年代に行われた医療保障改革によってもたらされたものである。しかし、歴史的には、フランスの医療保障システムを構成する医療の供給主体においても、また、医療需要を経済的に支える諸制度においても、普遍性や公平性とは相容れない特性が常に存在していた。それらの特性は、自由医療を標榜する医師、病院医療供給において相対的に大きな役割を果たす営利の私立病院、職域ごとに分立した共済組合や医療保険制度などのなかにみることができる。このような特性を有していた医療保障システムが、具体的にどのような過程を経て、普遍的で公平な医療保障システムを目指す方向へと転換していったのであろうか。医療保障システムは、社会、経済および政治の影響を受けながら歴史的に形成され、かつ、変化していくものである。本論文は、フランスの医療保障システムについて、医療供給体制と医療保険制度という2つの領域が交錯しながら展開していく過程を考察したうえで、1990年代の医療改革によって普遍的で公平な医療保障システムに向けて大きく変容したことを取り上げ、その特徴と意義を明らかにすることを目的としている。

本論文では、その考察を行うにあたって、歴史的な変化を2つの視点から捉えることを試みている。1つは、医療保障システムにおける「公的介入のあり方」に着目して医療保障システムを分析する視点である。フランスの医療保障システムにおいては、長い間、医師や私立病院、さらには共済組合や医療保険金庫などの間で「自由」や「自律」を重視する価値観が共有されてきた。それに対して、公立病院に与えられた「自由」や「自律」はきわめて限定されたものでしかなかった。それぞれの時代において公的な医療保障政策が行われるなかで、それらの政策と医師・私立病院・公立病院・共済組合・医療保険などとの間で利害の対立や融和などさまざまな関係性が生じていった。本論文では、それぞれの時代における医療保障政策の目的と医療保障にかかわる当事者等との関係性を捉えるために、「公的介入のあり方」という視点からこれらの関係を捉えることによりフランス医療保障システムの変容を明らかにすることを試みた。

いま1つは、医療保障システム内部の多様性に着目してシステムの特性を捉える視点である。医療システムの内部に多様性が存在する理由としては、歴史的に、私的な経済活動の「自由」や「自

律」、「地域・職域における連帯」を重視し尊重することに関して人々の間に合意が形成され、多様な活動が肯定的に受けとめられてきたことがあげられる。医療に関わってきた多様な主体もそうした合意のもとで活動してきた。そうしたなかで、公的な医療保障政策によって普遍的で均質的な医療保障の実現が推進されていく場合、医療保障を担ってきた多様な主体は一元的な医療政策の実現を拒む要因として機能し、激しい軋轢が生じることとなった。本論文では、医療保障システム内部の多様性に着目することによって、政策の展開にともなう内部の変化を捉えることを試みている。

このような2つの視点から医療保障システムの歴史をたどっていくにあたって、本論文ではその歴史過程を3つの時期に区分し、第一期をフランス革命期から第二次世界大戦まで、第二期を第二次世界大戦後から1980年代まで、第三期を1990年代としている。それぞれの時期において「規制や供給計画を通じて実現される医療供給体制」と「患者の医療費負担を軽減あるいは肩代わりする医療保障の諸制度」について、それぞれ具体的な展開状況とその特質について検討を行った。具体的には、医療供給体制に関しては、医師や病院の活動状況、医療需要を充足するために実施される規制や供給計画等が考察の対象となる。また、医療保障の諸制度に関しては、医療保障を経済面から保証する共済組合や医療保険の仕組みや適用の状況等について明らかにする必要がある。さらに両者の接合点である医師・病院への「報酬のあり方」等も検討の対象となる。時期区分に対応させると、第一期においては、医療保険創設以前の医療保障、1928年から1930年にかけての医療保険の創設、医療保険の実施と医療の供給体制との関係等について検討を行った。第二期では、第二次世界大戦後の社会保障の創設に対応した新たな医療保険、医療保険の一般化、医師と病院の対応とその変容、報酬支払いの仕組み等を考察の対象としている。

第三期では、1990年代に行われた一連の医療保障改革について検討を行った。具体的には、1991年の病院改革、1996年のジュペ・プランによる医療保障改革、また1991年の一般社会税（CSG）と1999年の普遍的医療給付（CMU）の導入が主な検討課題となる。それらの検討を経て、自由や自律・職域連帯など歴史的に人々に共有されてきた理念を基底に据えつつ、普遍的で公平な医療保障の実現に向けて医療保障システムを変容させようとした1990年代の改革の実態を明らかにし、その特徴と意義について考察を行った。

2. 本論文の構成

序章

1. 研究の目的と方法

(1) 研究の目的

(2) 研究の方法

2. 先行研究

3. 医療保障システムの概要

(1) 医療保険

(2) 医療供給体制

4. 社会保障の関連制度

- (1) 法形式
- (2) 行政制度

第1章 医療保障の歴史的展開（第二次世界大戦まで）

第1節 初期の医療保障（20世紀初頭まで）

- 1. 医師をとりまく環境の変化
 - (1) フランス革命と医師
 - (2) 医師組合の発展と医師による医療の独占
- 2. 病院の生成と展開
 - (1) 病院の生成
 - (2) 革命期（1789-99年）の病院
 - (3) 公的な病院への変容
 - (4) 私立病院の生成
- 3. 公的・私的な医療保障制度の発展
 - (1) 貧困者に対する医療保障
 - (2) 労働者等に対する医療保障

第2節 医療保険の創設（20世紀初頭～1930年）

- 1. 医療保険の創設
 - (1) 背景
 - (2) 社会保険の創設
 - (3) 医療保険をめぐる問題
- 2. 1928-30年社会保険法による医療保険制度の概要
 - (1) 運営組織
 - (2) 対象者
 - (3) 保険料とその他の財源
 - (4) 医療給付
 - (5) 報酬支払い方式
 - (6) 1928-30年法による医療保険の意義

第3節 初期医療保障システムの展開（1930年～第二次世界大戦終了）

- 1. 医療保険の状況
 - (1) 政治・経済状況
 - (2) 被保険者の増大
 - (3) 医療保険の財政状況
 - (4) 医療保険の運営組織
- 2. 医療供給者の状況
 - (1) 医師

(2) 病院

第1章のまとめ

第2章 医療保障システムの展開（第二次世界大戦後～1980年代）

第1節 社会保障の創設と新たな医療保険

1. 社会保障の創設

- (1) 背景
- (2) 社会保障計画
- (3) 社会保障関連法の立法過程
- (4) 共済組合のゆくえ

2. 医療保険の内容

- (1) 運営組織
- (2) 対象者
- (3) 保険料
- (4) 医療給付
- (5) 報酬支払い方式

第2節 医療保険の展開

1. 医療保険の一般化

- (1) 統一性の原則に基づく「一般化」の試み
- (2) 医療保険の一般化の過程

2. 一般制度の変容

- (1) 管理運営組織の改編
- (2) 金庫理事会の変容
- (3) 金庫の自律性と公的介入

第3節 医師制度と病院制度

1. 医師制度

- (1) 医師とは
- (2) 医師組織

2. 病院制度

- (1) 病院とは
- (2) 病院医療供給の規制
- (3) 病院の経済的環境
- (4) 公的病院サービス
- (5) 公立病院に対する後見監督

第4節 医療供給状況の推移

1. 医師による医療供給

- (1) 医師数の推移

- (2) 地域的な格差
- (3) 専門医・勤務医の増大
- (4) 開業医医療費の動向
- 2. 病院医療の供給状況
 - (1) 戦後復興期の病院医療
 - (2) 高度経済成長と病院医療の展開
 - (3) 経済危機と病院医療供給の飽和

第5節 報酬支払い方式

- 1. 医師に対する報酬支払い方式
 - (1) ガジエ案
 - (2) 1960年5月12日のデクレによる標準協約
 - (3) 1971年7月3日法による全国協約
 - (4) 全国協約の展開
- 2. 病院に対する報酬支払い方式
 - (1) 公立病院に対する報酬支払い方式
 - (2) 私立病院に対する報酬支払い方式
 - (3) 公的部門と私的部門の不調和

第6節 医療保険財政

- 1. 医療費の増大
 - (1) 医療費とは
 - (2) 医療費増加の要因
- 2. 医療保険財政の推移
 - (1) 財政状況と政策的対応
 - (2) 収入確保策
 - (3) 支出抑制策

第2章のまとめ

第3章 医療保障システムの変容（1990年代）

第1節 1991年病院改革

- 1. 1991年病院改革の背景と経緯
 - (1) 背景
 - (2) 1991年病院改革の準備過程
- 2. 1991年病院改革の内容
 - (1) 新たな病院改革の供給計画
 - (2) 私立病院の改革
 - (3) 公立病院の改革
 - (4) 医療の「評価」の本格的導入に向けて

第2節 1996年社会保障改革

1. ジュベ・プラン
 - (1) 準備
 - (2) 内容
 - (3) 実施
2. 社会保障財政
 - (1) 社会保障財政法
 - (2) 全国医療保険支出目標（ONDAM）
3. 開業医医療費の抑制
 - (1) 開業医医療費の総枠抑制
 - (2) 医学的抑制
4. 病院改革
 - (1) 地方病院庁（ARH）の創設
 - (2) 目標と手段に関する契約（COM）の導入
 - (3) よりよい財源配分の仕組み

第3節 普遍的な医療保障の実現

1. 一般社会税（CSG）の創設
 - (1) CSG の概要
 - (2) CSG 導入の背景
 - (3) CSG の導入と拡大
 - (4) CSG 導入による社会保障財源構成の変化
2. 普遍的医療給付（CMU）
 - (1) 背景
 - (2) 普遍的医療給付（CMU）とは
 - (3) CMU 創設の意味

第4節 1990年代の諸改革後の医療保障システム

1. 医療費のコントロール
 - (1) 医療費の増加
 - (2) 全国医療保険支出目標（ONDAM）の適用状況
2. 医療供給者の状況
 - (1) 医師
 - (2) 病院
3. 医療へのアクセス

第3章のまとめ

結論

参考文献

II 本論文の概要

序章では、研究の目的と方法について述べ、本論文の前提となる諸事項について整理を行った。最初に「研究の目的と方法」において、フランスの医療保障システムの変容を歴史的に考察することの意味、分析の視点および分析の方法について述べた。次に、フランスの医療保障に関する主要な「先行研究」について述べ、それをもとに本論文の特徴を示した。さらに本論文における論述を進めるために必要な「医療保障システムの概要」と「社会保障の関連制度」について説明した。

第1章「医療保障の歴史的展開(第二次世界大戦まで)」では、初期の医療保障について考察した。考察にあたっては、医療保険の検討が開始された20世紀初頭と、最初の医療保険が創設された1930年を境として3つに区分し、それぞれの時期における医療保障の展開について検討した。

まず、医師と病院をめぐる状況は次のとおりであった。医師たちは長い間、貧困者に対して無償で医療を提供し、資力のある者からは報酬を得るということを慣習的に行ってきた。19世紀に入り公的および私的な医療保障制度が発展してくるにつれて医師たちの自由な活動が制約されるようになり、医師たちは患者と医師の「直接的取り決め」が脅かされるとして抵抗を示した。医師たちの自由医療擁護の姿勢は、1928-30年法による社会保険の創設過程においてますます明確になった。医師組合の激しい抵抗により、医師たちの主張が社会保険の仕組みのなかに取り入れられた。1930年代から40年代初頭の経済的・政治的危機の時代を経るなかで、医療保険は医師たちが安定的な収入を確保するための不可欠な存在となっていった。

公立病院は、歴史的には貧困者を受け入れる施設であった。この古い時代の病院はしだいに姿を変え、コミュヌによって管理運営される公立病院の位置づけが定着していった。公立病院が対象とする範囲はしだいに拡大され、社会保険が創設されると、公立病院はその被保険者に病院医療を提供する役割を担った。20世紀半ばには、公立病院は病院医療をすべての人々に提供する場となった。公立病院で提供される医療には医療技術の進歩が反映されたが、その一方で財源の確保や医療人員の処遇、組織運営などにおいては古くて非合理的なものが残存していた。また、公立病院の偏在の程度は著しく、病院医療の供給状況は地域によって大きな格差がみられた。1941年病院改革法は、過去の悪弊を引きずった公立病院を近代化するための第一歩になると考えられた。一方、私立病院は公立病院の機能を補完する役割を担い、独自の発展を遂げてきた。19世紀末に登場した営利の私立病院は、公立病院とは異なり、富裕層を対象とした利益追求型の活動を展開し始めた。

次に、公的および私的な医療保障制度の展開については、次のとおりであった。貧困者に対しては、19世紀の私的な慈善活動により一定の医療保障が提供されていたが、その役割は補完的であり限定的なものにすぎなかった。一方、公的な医療救済の発展は19世紀を通じて緩慢であったが、1893年7月15日法によって導入された無料医療救済制度を通じて貧困者の医療が公権力によって保証される仕組みが創設された。労働者等に対する医療保障に関しては、共済組合が重要な役割を担っていた。歴史的には労働者の相互扶助組織を基盤に発展した共済組合は、国家の規制のもとでしだいに性質を変え、共済組合はこれらの組合員に対して多様な疾病給付を行い、19世紀の医療の普及に大きく貢献した。大企業の事業主によって個別の医療保障制度が設けられ、労働者やその家

族に一定の医療保障が提供される場合もあった。人々が受け取ることのできる「医療保障」は限定的であり、社会的・職業的身分や居住場所によって異なっていた。

このようななかで 1928-30 年社会保険法によりフランスで最初の公的医療保険が創設された。ドイツやイギリスと比較してフランスの医療保険の創設が遅れたのは、自由主義的な国家観が長らく支配的であったことに加えて、共済組合などを通じて一定の医療保障が広範に存在していたことによって、普遍的な医療保障の創設が政治問題化する時期が遅れたからである。フランスにおいて医療保険の創設を直接的に促したのは、戦争の体験と、諸外国からの後れを取り戻すべく社会保険の早期実現をめぐる形成された政治的な合意であった。医療保険の対象は一定賃金以下の商工業の労働者とされていたが、実際には大部分の労働者が強制加入の対象となった。これは普遍的な医療保障の実現に向けた大きな前進であった。しかしながら、疾病保険金庫から償還される責任料金は実際の医療費を大きく下回るものでしかなく、被保険者は多くの自己負担を強いられた。また、医療保険制度の運営においては、すでに医療保障の領域で発展を遂げていた共済組合が中心的な役割を担った。医療保険制度の創設過程において、共済組合は国家管理主義に激しく抵抗し、初級疾病金庫の自律を勝ち取った。さまざまな主体が初級金庫を創設することが認められたため、多種多様な金庫が乱立し、社会保険システムはしだいに機能不全に陥っていった。

以上のような医療保障システムの展開状況を踏まえ、本章の対象期間において形成された医療保障システムの特徴について考察を行った。「公的介入のあり方」に着目すると、医療保険の創設によって医療保障システムにおける本格的な公的介入が開始されることになったが、実現した医療保険は医師や共済組合の主張する「自由」や「自律」に対して大きく譲歩したものとなった。また、公立病院はコミュニと中央政府によって二重の公的介入を受けていたのに対して、私立病院は公的介入を免れ、自由な活動を展開していた。第二次世界大戦までの期間の公的介入は限定的で偏ったものであったといえよう。

また、医療保障システム内部の多様性に着目すると、「自由」に重きを置き、地域における大・小の集団を基盤にした医療保障システムによって提供される医療保障には、大きな格差やばらつきが見られた。1928-30 年法による医療保険の創設は、医療保障の普遍化に向けた大きな前進であったが、それによって実現される医療保障の普遍性、公平性は限定されたものとどまった。

第 2 章「医療保障システムの展開（第二次世界大戦後～1980 年代）」では、第二次世界大戦後に新たに創設された医療保険制度の展開と、飛躍的に発展した医療供給体制について検討を行った。さらに、医療保険あるいは公権力と医師・病院との関係が先鋭化するなかでの報酬支払いのあり方と、1970 年代以降、政策的な重要性が高まってきた医療保険財政についても考察を行った。

まず、医療保険に関しては、二つの重要な変化がみられた。一つ目は、商工業被用者に対する新たな医療保険が創設されたことである。フランスにおける第二次世界大戦の経験は、医療保険の創設にも大きな影響を与えた。ドイツによる占領と解放という固有の経験を背景に、レジスタンス勢力の利益が反映された社会保障制度が創設され、医療保険も大きく変わった。商工業被用者に対する医療保険は、総合的な社会保険である「一般制度」によって実施された。この医療保険の運営は、「統一性」原則に基づき、各県に設けられた初級金庫が担うこととなったため、戦前の医療保険に

において中心的な役割を担っていた共済組合は補足的な役割へと追いやられた。二つ目は、普遍的な医療保障の実現に向けて、医療保険の全人口への適用の拡大、つまり「一般化」が推進されたことである。実際には、一般制度の適用を全人口へ拡大することによる一般化は断念されたが、特別制度および農業制度に加えて、1961年には農業経営者に対する疾病・出産・障害保険が、1966年には非被用者・非農業者に対する疾病・出産保険が創設された。このように職域ごとに分立した制度を複数併存させることによって医療保険を一般化する方向が追求されていった。さらに、それらの制度から漏れる人々が医療保険に加入することができるよう個人保険の仕組みが創設された。このような政策的努力により、ほぼ全人口が医療保険による保障を享受できるようになった。

次に、医療供給体制に関しては、飛躍的な発展がみられた。戦後、医師たちは主に医師組合を通じて職業利益の擁護を図ったが、医師組合は医療保障システムにおいて疾病保険金庫や国と対峙する重要な役割を担った。医師数は本章の対象期間を通じて増加し続けたが、とりわけ1970年代から急増し、医師の過剰が懸念されるようになった。しかし、医師数の増加をコントロールし、地域的な格差を是正するような手段は十分に講じられなかった。また、報酬支払いのあり方をめぐって医師は医療保険と対立した。創設時の医療保険（一般制度）では、被保険者に医療を提供した場合に医師が受け取る報酬は、医師と金庫の双方に適用される料金表に基づいて定められる仕組みとされた。しかし、医師たちが激しく抵抗したため、この適用は難航し、被保険者は十分な医療保障が受けられない状況となった。このような状況を改善するため、1960年には標準協約、1971年には全国協約を通じて医師組合と金庫との間で報酬料金等について合意する仕組みが導入された。この過程を通じて大部分の医師が協約医となったが、そのなかでも1980年の第三次協約によって導入された、超過料金を請求することのできる「セクター2」に属する協約医が増加していった。

病院医療に関しては、いくつかの重要な変化が生じた。第1に、設備近代化計画および経済・社会発展計画を通じて積極的に公立病院が整備・拡充された。第2に、病院医療供給の計画化が開始された。1970年病院改革法に基づいて導入された「保健医療地図」は、医療区あるいは医療圏ごとに住民の医療需要に応えるために必要な病院医療供給を示すものであった。第3に、1970年病院改革法により「公的病院サービス」の概念が導入され、公私の両部門による合理的な病院医療供給の実現が目指された。また、病院医療の供給量に関しては、対象期間を通じて増加傾向が顕著であった。とりわけ経済・社会発展計画を通じて公立病院の整備・充実が推進されたことにより、1980年代初頭までベッド数が増大した。私立病院も高度経済成長を背景として急速に発展し、なかでも営利の私立病院は外科・産科において多くのベッドを保有した。しかし、その後、このようなベッド数の増加は病院医療費の増大を招くとして、抑制措置が講じられるようになった。

戦後に創設された医療保険のもとで、公立病院に加えて私立病院で提供される医療も医療保険の適用対象となったが、医療保険からの報酬支払いのあり方は公立病院と私立病院では大きく異なっていた。公立病院には戦前から「入院日額」に基づく報酬支払い方式が適用されていたが、これは事実上、病院活動の実績に基づいて支払われる仕組みであり、病院医療費の増大を招くとして問題視されるようになった。これに対応するため、1984年から公立病院に対して「総枠予算制」が導入され、「法定支出増加率」適用の効果も加わり、病院医療費の増加傾向は抑制された。一方、私立病院に対しては、「県知事の定める入院日額」あるいは「協定料金」に基づいて報酬が支払われていた。

大部分の営利私立病院には、医師の診療報酬等を除く病院の滞在費用に相当する協約料金が適用されていた。協約料金は、私立病院の活動に応じて報酬が支払われる出来高払いの仕組みであった。このような公立病院と私立病院の報酬支払い面における差異は、公平性の観点からも効率性の観点からも問題視された。

医療保険の一般化と医療供給量の増大は医療費を増大させたが、1970年代の経済停滞を背景として、医療保険財政の悪化に対する懸念が高まった。このため1976年のバール・プランを皮切りに、保険料率の引き上げと給付の削減、自己負担の引き上げを主な内容とする社会保障の財政計画が矢継ぎ早に実施されていった。医療保障システムにおける最重要の課題は、医療保険の財政均衡の確保へと移っていった。

以上の歴史的な検討を踏まえて、医療保障システムの特質に関して考察を行った。「公的介入のあり方」については、本章の対象期間においてみられた大きな流れは「公的介入の強化」の方向であり、医療保障システム全体に公権力が介入するようになった。「普遍的な医療保障の実現」は、第二次世界大戦直後に明確に掲げられた政策目標であり、この目標を達成するために、立法や経済・社会発展計画等を通じた公権力の介入が行われた。医療保障システムの内部では、強化される公的介入と私的な活動主体（医師、私立病院、金庫）の「自由」「自律」との対立がみられた。このため、実施された施策においては、それらの「自由」や「自律」に対する一定の配慮や譲歩がなされた。その一方では、公権力の支配下にあった公立病院に対する介入はさらに強化された。全体としてみると、公的介入のあり方は、その強弱や介入する領域に関して大きな不均衡がみられた。また、金庫の財政的な自律が不十分であったため、医療保険は財政面において課題を残すものとなった。

公的介入を要請する医療保障政策の課題として、医療保険の財政均衡の回復が1970年代の経済状況の悪化を背景として浮上し、とりわけ1970年代後半から重要性を増した。「医療保険の財政均衡」に対する要請が高まると、公的な介入はこれを目的とするものに終始し、第一義的な政策課題である「普遍的な医療保障の実現」は後景に退いていった。

医療保障システム内部の多様性に注目すると、格差やばらつきを縮小する方向が追求され、統一化や標準化が一定程度進展した。しかしながら、開業医医療の供給には地域的な偏りがみられ、その料金にはばらつきがあった。病院医療の領域においては、公立病院と私立病院との間で料金の格差や制度的環境の差異がみられた。また、分立した医療保険の狭間に取り残されている人々が依然として存在していた。

以上の考察を通じて、1980年代までの医療保障システムは、「普遍的な医療保障の実現」、「医療保険財政の安定」および「公的部門と私的部門の均衡」という点において課題を残すものであることが明らかとなった。

第3章「医療保障システムの変容（1990年代）」では、1991年病院改革、1996年社会保障改革、および普遍的な医療保障を実現するための改革方策、すなわち一般社会税（CSG）と普遍的医療給付（CMU）の創設に焦点を当てて考察を行った後、1990年代の諸改革後の医療保障システムについて検討を行った。これらの改革は、1980年代までのフランスの医療保障システムが直面していた3つの課題、「普遍的な医療保障の実現」、「医療保険財政の安定」および「公的部門と私的部門の不

均衡の改善」に対応するものであった。

一つ目の課題である「普遍的な医療保障の実現」のために、医療保障を経済的側面から支える仕組みとして 1999 年 7 月 27 日法により「普遍的医療給付 (CMU)」が創設された。まず、「基礎的な CMU」によって、医療保険から取り残されていた人々も一般制度を通じて医療給付がうけられるようになった。これは医療保険の一般化を意味するものであった。あわせて低所得の人々の受診を保障するため、医療費の自己負担分に対応する「補足的な CMU」が設けられ、受診の機会の平等化が図られた。また、労働所得に賦課される社会保険料が見直され、より公平な負担のあり方が模索されるなかで、一般社会税 (CSG) が創設された。CSG は 1997 年から医療保険にも充当され、1998 年からは被用者の保険料の大部分が CSG によって代替されるまでになった。CMU の創設と CSG の医療保険への投入は、伝統的な医療保険の特性に少なからぬ影響を及ぼした。医療保険における給付と保険料抛出の結びつきは、医療保障の普遍性を追求することを通じて、もはや厳密なものではなくなった。

さらに、医療への平等なアクセスを確保するために、病院医療供給面において多くの改善が行われた。1991 年病院改革と 1996 年社会保障改革によって、病院医療供給計画が精密化された。新たな保健医療計画では、住民の医療需要の充足が最優先の目標として掲げられ、それを実現するために「地方保健医療組織計画 (SROS)」が策定されることとなった。さらに、地方病院庁と病院との間で締結される「目標と手段に関する契約 (COM)」が導入され、掲げられた供給目標が実効性をもつ仕組みが整えられた。これと並行して情報システムの整備と医療の評価を通じて、医療の内容と質をコントロールする試みが開始された。

二つ目の課題である「医療保険財政の安定」を実現するために、1990 年代には医療保険の支出抑制策が格段に強化された。とりわけ 1996 年社会保障改革法により、議会によって毎年、社会保障財政法が制定され、「全国医療保険支出目標 (ONDAM)」が定められる仕組みが導入されたことが重要であった。医療保険財政への議会の介入は、当事者による管理運営が十分に機能していなかった状況に加えて、医療費の増大や医療保険の赤字の問題がフランス国家を揺るがすような重要な政治問題になったことを背景としていた。病院医療費の抑制に関しては、1991 年病院改革によって私立病院に対して医療保険支出の全国目標 (OQN) が設定されることとなった。これは、すでに総枠予算制のもとにおかれていた公的部門に加えて、私的部門に対しても厳しい財政的制約を課す仕組みであった。

三つ目の課題である「公的部門と私的部門の不均衡の改善」は、さまざまな施策を通じて行われた。医療供給のコントロールの面においては、1991 年病院改革により公立病院と私立病院の許可制度が統一された。さらに 1996 年に創設された地方病院庁によって、病院の医療供給のコントロールは統一的に実施されることとなった。このような施策により、病院医療は公的部門と私的部門によって調和的に供給される仕組みが整えられた。また、硬直的であった公立病院の運営を改善するために、病院の自律性が高められた。さらに 1991 年病院改革によって、私立病院にも公立病院と同様の財政的制約が課されることとなったため、財政面における両者の不均衡が改善された。報酬支払い方式は、公私両部門に適用可能な「活動に応じた報酬支払い」へと段階的に転換されることにより、公的部門と私的部門の調和や統一性が高められることとなった。

さらに、これらの改革が行われた後の医療保障システムの状況について検討することにより、次のような点が明らかになった。まず、医療供給を住民の医療需要に適合させるという政策目標は、必ずしも十分には達成されていない状況がみられた。とりわけ開業医医療の供給コントロールが不十分であった。また、医療保険の支出抑制策は 1990 年代には一定の成果をあげたが、その一方で医療保険支出が恒常的に ONDAM を超過していること、2000 年代初頭に医療費が大きく増加していることなど、医療保険の財政的なコントロールが未だ十分でないことが明らかとなった。

これらの 1990 年代の医療保障システムの検討を踏まえて、医療保障システムの変容について考察を行った。「公的介入のあり方」は 1990 年代に格段に強化されたが、医療保険財政に関する「国の責任」が明確化され、議会制民主主義に基づいた介入が行われるようになった点と、私的な経済主体に対しても強権的な公的介入が行われるようになった点において、1990 年代の公的介入のあり方は 1980 年代までのそれとは一線を画するものであった。病院医療供給に関しては、1990 年代の諸改革により権限が地方レベルに集約された。また、医療保障システムは、その内部に一定の多様性を認めつつ、CMU の創設や病院医療の統一的なコントロールを通じて普遍性や公平性を高めていった。

最後に、「結論」において、1990 年代の改革を経た後のフランス医療保障システムの特徴について考察を行った。そこでは 3 つの特徴を指摘している。一つ目の特徴は、医療保障システムにおける「公的介入のあり方」に関連する特徴である。本論文では「公的介入のあり方」に着目した歴史的な考察行ってきたが、それにより医療保障システムを構成するそれぞれの主体と公権力との関係は時代によって変化してきたことが明らかになった。このような分析視点から眺めた場合、今日の医療保障システムが「強力な公的介入」によってコントロールされていることを指摘することができる。その場合、今日、私たちの目に映るものは、歴史的な変化の過程を経た後の、それらの総体として把握される公的介入であるが、公的介入の程度は医療保障システムを構成する主体ごとに異なっており、具体的には次のような公的介入の状況がみられた。すなわち、医療保険は、自律性原則に従い、当事者によって管理運営される金庫によって実施されてきたが、この枠組みでは財政面における問題を解決することができなかった。そのため 1990 年代以降、国の強力な介入が要請されるに至った。また、公立病院に対しては、歴史的に強力な公的介入が行われてきたが、これが生み出す弊害を取り除くために、1990 年代には病院の自律性を高める方向での施策が行われた。しかし、今日においても依然として強い公的介入が認められる。これに対して、私立病院に対する公的介入は、第二次世界大戦後も限定的なものであったが、1991 年病院改革法によって私立病院に対する公的介入が格段に強化されることとなった。今日では私立病院は、統一的な公的コントロールのもとで提供される病院医療を担う主体として、公立病院とともに、一定の公的介入のもとで活動を行っている。開業医は、歴史的に公的介入を退けて「自由医療」を志向し、それを守ることに力を注いできた。このため、開業医の活動領域への公的介入の進展は漸進的であり、他の主体に比べてより緩やかに行われてきた。1990 年代には医師の活動を経済的に統制する試みが行われた。これは失敗に終わったものの、普遍的で公平な医療保障の実現が目指されるなかで、開業医に対する公的な介入の強化は避けられない見通しとなっている。以上のように、フランスの医療保障システム全体を眺めた場合、「強力な公的介入」によってコントロールされている今日の医療保障システムの姿

が浮かび上がってくる。このような公的介入のあり方は、歴史的に形成されてきた医療保障システムの主体と公的介入の関係性を前提として、1990年代の改革によって規定されたものであるといえるであろう。

二つ目の特質は、医療保障システム内部の多様性に関連するものである。本論文では、医療保障の普遍性とシステム内部の多様性との相克がどのようにして解消され、あるいはどのようにして妥協が図られていったかという視点から分析を行ってきた。そうした視点から1990年代の改革後の状況をみると、職域連帯に基づく分立した制度として展開してきた医療保険が、その体系を維持したまま全人口を対象とする制度となり、いわゆる医療保険の一般化が実現したものとして捉えることができる。第二次世界大戦前、いくつかの職域に設けられていた医療保険は、戦後、一般制度の適用を拡大することによって一般化することが企図された。しかし、強固な自主独立主義を前にそれが断念され、職域連帯に基づく分立した医療保険の制度体系が構築されていった。1990年代に入って医療保険財政の安定を図るための施策が数多く実施されたが、これと並行して普遍的な医療保障の実現に向けた努力が継続的に行われた。その結果、最終的に、1999年7月27日法による普遍的医療給付（CMU）の創設によって、医療保険の一般化が実現された。これは職域ごとに分立した医療保険制度体系を維持したまま、すべての人が医療保険から給付を受けることができるという仕組みである。フランスでは、職域連帯に基づく分立型の医療保険制度の限界を克服するために、制度から漏れる人々に対して一般制度から給付を行うというきわめて妥協的な方法が選択された。

同じ分析視点から、三つ目の特質として、今日のフランスでは、それぞれの「地方」において統一的で包括的な医療供給のコントロールを行う枠組みが実現しつつあることを指摘することができる。歴史的には、フランスで形成された医療供給体制は、「人々に平等な医療へのアクセスを保障する」という目的から大きくかけ離れたものでしかなかった。しかし、1970年代以降の試行錯誤を経て、医療供給体制の内部のさまざまな格差やばらつきは、次第に縮小されていった。とりわけ病院医療の領域においては、1970年代の諸改革によって新たな工夫がこらされた病院医療供給計画の仕組みが、住民の医療需要を充足するための「実効的」な手段となっていった。さらに、病院医療供給のコントロールを一手に担う機関として「地方病院庁」が創設された。この地方病院庁の創設は、3つのことを意味している。第1には、歴史的に大きく異なる制度的環境下におかれていた公立病院と私立病院が、地方病院庁による統一的なコントロールに服することになったことである。第2には、医療の問題を扱うのにふさわしい行政レベルとして「地方」が選択されたということである。医療は、地域の医療需要に応じて提供されなければならない点においてローカルな問題である一方で、高度な医療への対応や資源の最適な配分を考える場合にはより上位の視点と対応が必要となる。このような性質を持つ医療の問題を包括的に取り扱う行政レベルが「地方」とされた。第3には、病院医療と公権力の関係が再定義されたことである。従来の県知事や地方知事の権限が地方病院庁に移管されたことにより、病院医療をめぐる権限が地方病院庁において統一されたが、これにより病院医療供給への公的介入は間接的なものとなった。このような画期的な意味を持つ地方病院庁の創設であったが、さらに現在、病院医療のみならず、医療システムのすべての関係主体が結集し、地方における医療保障政策を包括的に推進する機関として「地方保健庁」の設置が進められている。今後、これまで十分にコントロールされることのなかった開業医医療の供給を住民の医療需要に適

合させるという困難な課題に挑んでいくことになる。

本稿における考察を通じて、フランスの医療保障システムは、歴史的に人々に共有されてきた自由や自律、職域連帯などの価値を尊重しながら、現代的な課題に対応するために 1990 年代に大きく変容したことが明らかとなった。これは、普遍的で公平な医療保障の実現を真摯に追求することによって獲得されたフランス独自の医療保障システムであるということができる。

I 審査結果の要旨

本論文の審査結果は、以下の通りである。

1. 本論文の長所

- (1) 本論文は、フランスの医療保障について、医療機関が患者に適切な医療サービスを行う医療供給体制と患者が必要な医療を受診できるようにする経済的な保障制度という2つの領域を一体的なものと捉え、その歴史的な展開過程を明らかにするとともに、現在のフランス医療保障システムをもたらした 1990 年代の医療改革に関してその歴史的背景をふまえながら改革の特徴と意義を明らかにしようとしたものである。日本のフランス医療保障研究において、このような包括的な研究はきわめて少なく、フランス医療保障研究に寄与するところが大きい。
- (2) 日本ではこれまでフランス医療保障の歴史研究においては、医療保険制度の研究が中心であり、医療供給体制については十分な研究が行われてこなかった。とりわけ病院医療は、歴史的に制度的環境が著しく異なる公立病院と私立病院によって担われてきたため、その全体像を把握することが困難であった。本論文で公立病院と私立病院の歴史的な変遷の過程をたどり、また医師や病院を取りまく制度的環境や医療供給の歴史的な変化について詳細な検討を行っていることは、高い評価に値するものであり、フランス医療制度史研究の基礎となるものといえよう。
- (3) 本論文では、医療保障システムの変容をとらえるために、「公的介入のあり方」と「システム内部の多様性」という視点を提示し、時代ごとにそれらの変化が考察されている。これらの視点は学問的にはオーソドックスなもので必ずしも独自性に富むものではないが、一貫してその視点から歴史過程をたどることによって 1990 年代改革の歴史的意味を捉えたことは、改革に関する新たな歴史的評価を与えるものであり、学問的にも注目されるものといえよう。付言すると、多くの医療改革はその時その時の要請に応じて実施されたものであるが、それと同時に歴史的に形成されてきた医療保障システムに内在する固有の問題を克服しようとするものでもあったことを明らかにしたものといえる。
- (4) 本論文の対象とする範囲は、時間的にも空間的にも広範にわたるが、きわめて丁寧にフランスの研究書にあたり、そのポイントを要領よくまとめ、平易でわかりやすく叙述している。論文作

成の背後にある長期にわたる学問的営みが感じられる論文である。

2. 本論文の短所

- (1) 第1章、第2章が歴史分析を主とし、第3章が現状分析を主としているため、論証方法がやや異なっているのはやむを得ないところもあるが、それぞれの分析に濃淡があり、分量的にも差異が大きく、ややバランスを欠いたものとなっている。とくに第2章は、いくつかの内容が細部にまで入り込みすぎており、論文の大きな流れがやや見えにくくなっている。
- (2) 1990年代の諸改革を取り上げた第3章は、個々の改革方策の内容の検討が中心となっており、医療保障システム全体を捉える視点が、第1章、第2章と比較すると希薄である。また、改革の背景、政党や当事者の対応、国会での議事等に関して、さらに踏み込んだ検討が行われたならば、歴史分析と現状分析との相乗成果がより大きくなったものと思われる。
- (3) 本論文は、基本的には1990年代末までの医療保障システムが対象となっているが、フランスでは2000年以降もいくつかの大きな医療保障改革が行われている。それらを見ると、1990年代の改革はその後につながる改革の一環として捉えることが可能であり、そうした場合には1990年代の改革の評価も自ずから見直しが必要となってくるであろう。そうした意味で、1990年代という時代区分の妥当性についても検討の余地があるように思われる。

3. 結論

本論文には上記のような短所も見受けられるが、それらはスケールの大きな課題に取り組んだ場合にしばしば生じてくるものであり、今後の研究課題ともいえるべきものである。それらの短所は、本論文の長所と比較するとき、決して本論文の優秀性をそこなうものではない。

論文提出者・松本由美は、早稲田大学大学院商学研究科修士課程から博士後期課程に進み、2004年に早稲田大学大学院商学研究科博士後期課程において博士論文提出要件を充足した後、2008年9月に満期退学し、現在は東洋英和女学院大学人間科学部の非常勤講師として教育の分野においても力を注いでいる。修士課程においては社会保障の基礎学力の涵養と歴史研究に取り組み、博士後期課程に進学後はフランスの医療保障システムの研究、とりわけフランス医療供給制度に関する文献研究に精力的に取り組んできた。その研究の一部を社会政策学会において発表し、その緻密な分析に対して高い評価を受けている。本論文は、これまでの研究の成果をまとめたものであるが、今後、それを踏まえて学問的な研鑽を重ねることにより、さらなる学問的な飛躍が期待される。

以上の審査結果に基づき、本論文提出者・松本由美は「博士（商学）早稲田大学」の学位を受ける十分な資格があると認めるものである。

2009年12月9日

審査員

(主査)	早稲田大学教授	博士(商学) 早稲田大学	土田 武史
	早稲田大学教授	博士(商学) 早稲田大学	大谷 孝一
	早稲田大学教授	博士(歴史) ルーアン大学	鈴木 宏昌
	北海道大学教授	法学博士(北海道大学)	加藤 智章